

委 任 状

所 在 地 徳島県徳島市幸町 3 丁目 6 1 番地

団 体 名 一般社団法人徳島県医師会

代 表 者 名 会長 森 俊明

金 _____ 円（第 四半期分）

私は、下記の者を代理人と定め、「徳島県風しん抗体検査実施業務」の
委託料の一部を受領する権限を委任します。

令和 年 月 日

(代理人) 所 在 地

団 体 名

代表者名

振込先金融機関 銀行 支店

(当座 ・ 普通)

口座番号

--	--	--	--	--	--	--

口座名義

(カタカナで記入)

徳島県知事 殿